

## ORDONNANCE DE SORTIE

PARACÉTAMOL 1g PO 1 g x 4/j pendant 2-4 j

et/ou

ANTALGIQUE DE NIVEAU 2

• Paracétamol (400-500 mg) + [codéine (20-30 mg)  
ou dextropropoxyphène (30 mg)] : 1-2 cp ou gél./8h

ou

• Tramadol (50 mg) : 1-2 gél. x 4/j

ÉTABLISSEMENT

### Références bibliographiques

1. Kitano S, et al. A randomized controlled trial comparing open vs laparoscopy-assisted distal gastrectomy for the treatment of early gastric cancer: an interim report. *Surgery*. 2002 ; 131 : 5306-11.
2. Meyer Ch, et al. French Association of Surgery. Gastric cancer: the French survey. *Acta Gastroenterol Belg*. 2002;65:161-5.
3. Aida S, et al. Preemptive analgesia by intravenous low-dose ketamine and epidural morphine in gastrectomy: a randomized double-blind study. *Anesthesiology*. 2000 ; 92 : 1624-30.
4. Adachi Y, et al. Review of the Japanese experience. *Dig. Surg*. 2002 ; 19 : 333-9.
5. Mann C, et al. Comparison of intravenous or epidural patient-controlled analgesia in the elderly after major abdominal surgery. *Anesthesiology*. 2000 ; 92 : 433-41.
6. Pouzeratte Y, et al. Patient-controlled epidural analgesia after abdominal surgery: ropivacaine versus bupivacaine. *Anesth. Analg*. 2001 ; 93 : 1587-92.
7. Wiebalck A, et al. The effects of adding sufentanil to bupivacaine for postoperative patient-controlled epidural analgesia. *Anesth. Analg*. 1997 ; 85 : 124-9.
8. Aida S, et al. The effectiveness of preemptive analgesia varies according to the type of surgery: a randomized, double-blind study. *Anesth. Analg*. 1999 ; 89 : 711-6.
9. Moïniche S, et al. A qualitative and quantitative systematic review of preemptive analgesia for postoperative pain relief: the role of timing of analgesia. *Anesthesiology*. 2002 ; 96 : 725-41.
10. Tang J, et al. Effect of parecoxib, a novel intravenous cyclooxygenase type-2 inhibitor, on the postoperative opioid requirement and quality of pain control. *Anesthesiology*. 2002 ; 96 : 1305-9.
11. Guignard B, et al. Supplementing desflurane-remifentanyl anesthesia with small-dose ketamine reduces perioperative opioid analgesic requirements. *Anesth Analg*. 2002 ; 95 : 103-8.
12. Schmid RL, et al. Use and efficacy of low-dose ketamine in the management of acute postoperative pain: a review of current techniques and outcomes. *Pain*. 1999 ; 82 : 111-25.
13. Komatsu H, et al. Comparison of patient-controlled epidural analgesia with and without background infusion after gastrectomy. *Anesth Analg*. 1998 ; 87 : 907-10.
14. Komatsu H, et al. Comparison of patient-controlled epidural analgesia with and without night-time infusion following gastrectomy. *Br J Anaesth*. 2001 ; 87 : 633-5.
15. Svetič G, et al. Combinations of morphine with ketamine for patient-controlled analgesia: a new optimization method. *Anesthesiology*. 2003 ; 98 : 1195-205.
16. Kehlet H, et al. Multimodal strategies to improve surgical outcome. *Am J Surg*. 2002 ; 183 : 630-41.
17. Rigg JR, et al. MASTER Anaesthesia Trial Study Group. Epidural anaesthesia and analgesia and outcome of major surgery: a randomised trial. *Lancet*. 2002 ; 359 : 1276-82.
18. Jorgensen H, et al. Epidural local anaesthetics versus opioid-based analgesic regimens on postoperative gastrointestinal paralysis, PONV and pain after abdominal surgery. *Cochrane Database Syst Rev*. 2000 ; (4) : CD001893.



DATE DE DIFFUSION :

PROCÉDURES POUR  
LA PRISE EN CHARGE  
DE LA DOULEUR  
POSTOPÉRATOIRE

## GASTRECTOMIE\*

**COMITÉ SCIENTIFIQUE** : Frédéric Aubrun - Dominique Fletcher - Christian Jayr - Agnès Bellanger - Chantal Bernard

**RÉDACTEURS** : Frédéric Aubrun - Marc Beaussier - Anissa Belbachir - Chantal Bernard - Franck Bolandard - Gilles Boccara - Laurent Delaunay - Nicolas Derrode - Dominique Fletcher - Elisabeth Gaertner - Olivier Gall - Christian Jayr - Hawa Keita-Meyer - Philippe Macaire - Claude Mann - Emmanuel Marret - Olivier Mimoz - Cyrus Motamed - Marc Roucoules-Aimé - Catherine Spielvogel - François Stark

### Douleur<sup>1,2,3</sup>

- Douleur postopératoire très intense de J1 à J3. Sous morphine péridurale : EVA = 30-80 mm au repos. EVA = 55-100 mm à la toux
- Douleur postopératoire faible à modérée jusqu'à J7

### Patient<sup>1,2,4</sup>

- Âge moyen : 60-70 ans
- Altération de l'état général dans 40 % des cas
- Anémie préopératoire dans 20 % des cas

### Chirurgie et réhabilitation<sup>1,2,4</sup>

#### Par laparotomie (médiante sus ombilicale)

- Gastrectomie totale ou subtotale dans 86 % des cas, segmentaire dans 14 % des cas
- Durée opératoire : 2-4 h
- Saignement peropératoire : 250 ml
- Durée d'hospitalisation : 16-17 j (gastrectomie totale)
- Sonde gastrique de J1-J3
- Réalimentation orale possible à partir de J4-J6
- Réhabilitation active

#### Par laparoscopie

##### Supérieure à la laparotomie sur :

- la douleur postopératoire (diminution de 55 % de l'EVA au repos de J1 à J3)
- le saignement peropératoire (diminution de 50 %)

##### mais pas de différence sur :

- la consommation d'analgésiques
- le délai de reprise de l'alimentation orale
- la durée d'hospitalisation

\* Sous la responsabilité des auteurs

## BLOC OPÉRAIRE <sup>5,9</sup>

PRODUIT/VOIE	MODALITÉS	POSOLOGIE	BÉNÉFICES ATTENDUS	REMARQUES
--------------	-----------	-----------	--------------------	-----------

### LOCORÉGIONALE

LIDOCAÏNE 2% ADRÉNALINÉE PÉRIDURALE <sup>8,9</sup>	Ponction en T8-T9 (en préop) Cathéter : 4-5 cm en direction céphalique	Dose de charge fractionnée avant l'induction de l'AG : 3-8 ml pour un niveau sensitif > T4	Extubation précoce <sup>5</sup>	La péridurale peropératoire n'améliore pas l'analgésie postopératoire
puis				
ROPIVACAÏNE 0,2% + SUFENTANIL 1 µg/ml PÉRIDURALE	Perfusion continue	2-6 ml/h		

### PARENTÉRALE

PARACÉTAMOL 1 g IV	Perfusion sur 15 min	1 g	Analgésie de complément	Perfuser 60 min avant la fin de l'intervention
<b>ALTERNATIVES <sup>3,10-12</sup></b>				
PARÉCOXIB 40 mg/ml IV <sup>10</sup>	Perfusion sur 15 min, 45 à 60 min avant la fin de l'intervention	40 mg	Analgésie par anticipation Epargne morphinique postopératoire de 20-40%	Respecter les contre- indications et les précautions d'emploi des AINS Meilleure tolérance digestive mais risque rénal identique aux AINS non sélectifs. Précaution d'emploi en cas d'antécédents cardiovasculaires
KÉTAMINE <sup>3,11,12</sup> 10 mg IV	Bolus puis perfusion continue	0,15 mg/kg en préopératoire puis 1-2 µg/kg/min en peropératoire	Epargne morphinique postopératoire	Absence d'effet psychodysléptique à doses faibles. Effets analgésiques dose- dépendants. Le rapport bénéfice risque des posologies importantes (si > 1 mg/kg) n'est pas encore clairement établi

## SSPI <sup>5-9,13,14</sup>

PRODUIT/VOIE	MODALITÉS	POSOLOGIE	BÉNÉFICES ATTENDUS	REMARQUES
--------------	-----------	-----------	--------------------	-----------

### LOCORÉGIONALE

ROPIVACAÏNE 0,2% SUFENTANIL 0,5 µg/ml	PCEA**	3 ml/h en continu Bolus de 2 ml Période réfractaire : 12-15 min	Analgésie d'excellente qualité au repos et à la mobilisation	L'addition de sufentanil à un anesthésique local améliore la qualité de l'analgésie <sup>6,7</sup>
--	--------	--	--	---

### ALTERNATIVES : PARENTÉRALE

MORPHINE 1 mg/ml IV	Titration 3 mg/5-10 min pour obtenir une EVA < 30 mm. Surveillance continue de la conscience, fréquence respiratoire et score de la douleur			
puis				
TRAMADOL 100 mg/2 ml IV	Dose de charge 2-3 mg/kg (30 min avant la fermeture), puis 400-600 mg/j en perfusion continue. Pour les patients qui ne peuvent pas gérer une PCA/PCEA			

- CHOIX DE LA TECHNIQUE CHIRURGICALE ET DE LA MÉTHODE ANALGÉSIQUE permettant une réduction significative des scores de douleur :
  - 1) Laparoscopie et incision transverse<sup>5,8</sup>
  - 2) Analgésie péridurale (AL + morphinique) : EVA diminuée de 15-20 mm par rapport au groupe contrôle (le plus souvent PCA morphine ± AINS)<sup>1,3,5,6,8,10,11</sup>

## SECTEUR D'HOSPITALISATION

PRODUIT/VOIE	MODALITÉS	POSOLOGIE	BÉNÉFICES ATTENDUS	REMARQUES
--------------	-----------	-----------	--------------------	-----------

### LOCORÉGIONALE

ROPIVACAÏNE 0,2% + SUFENTANIL 0,5 µg/ml <sup>5,6,13,14,16-18</sup>	PCEA	3 ml/h en continu Bolus de 2 ml Période réfractaire : 12-15 min	Analgésie d'excellente qualité au repos et à la mobilisation, réduction de la durée d'hospitalisation, reprise du transit plus rapide, diminution de la morbidité respiratoire	Analgésie auto-contrôlée
---	------	--	--	--------------------------

### PARENTÉRALE

PARACÉTAMOL 1 g IV	Perfusion sur 15 min	1 g x 4/j	Analgésie de complément	
<b>ALTERNATIVES</b>				
MORPHINE <sup>15</sup> 1 mg/ml IV	PCA	1-1,5 mg/bolus Période réfractaire : 7-8 min Pas de dose maximale	Entretien analgésie	Surveillance continue de la conscience, fréquence respiratoire et score de douleur L'addition de 1 mg de kétamine pour 1 mg de morphine dans la seringue de PCA améliore l'analgésie
PARÉCOXIB <sup>10</sup> 40 mg IV	Perfusion sur 15 min	40 mg x 2/j	Epargne morphinique postopératoire de 20-40%	Respecter les contre- indications des AINS Meilleure tolérance digestive mais risque rénal identique aux AINS non sélectifs

### RELAIS

Relais per os si EVA < 30 mm au repos, et reprise boissons (14-15)

PARACÉTAMOL 1 g PO	Systématique	1 g x 4/j	Analgésie continue	
TRAMADOL 50 mg PO		2 gél. x 4/j	Entretien analgésie	Délai d'action : 15-45 min Pic d'efficacité : 120 min. Durée d'action : 6 h

\*\* PCEA : patient controlled epidural analgesia : analgésie épidurale contrôlée par le patient

\*\*\* PCA : patient controlled analgesia : analgésie contrôlée par le patient